

# 健康保険被保険者資格取得時の報酬月額訂正届

健康保険被保険者証の記号									
被保険者証の 番号	被保険者氏名	資格取得日 <small>令和 年 月 日</small>	変更前の 標準報酬月額  千円	報酬 月額	1. 金銭によるものの額	変更後の 標準報酬月額  千円	訂正理由	健 保 組 合	
					2. 現物によるものの額			3. 合 計	常務理事
				1					
				2					
				3					事務長
				1					
				2					
				3					
				1					
				2					
				3					取扱者
				1					
				2					
				3					

G01202105

事業所の 所在地 名称 事業主氏名	
----------------------------	--

健保受付年月日

事業所	所属

- \* この用紙は、資格取得時に届け出た報酬月額を訂正する用紙です。
- \* 報酬月額の太枠の中に、正しい支給額、合計、その金額による報酬月額を記入してください。